**令和７年度奈良県喀痰吸引等研修指導者養成事業（特定の者対象）**

**申込者調書**

令和　年　月　日現在

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **氏名** |  |
| **生年月日** | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **所属** | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　FAX： |
| **保有資格****該当全てに〇** | 1.医師　　　2.保健師　　　3.助産婦　　　4.看護師 |
| **免許** | 取得年月日：**（和暦）　　　年号　　　　年　　　　　月　　　　　日**免許番号：　 |
| **研修テキストの要否** | 送付が必要なものに〇をつけてください。1.指導者養成マニュアル「平成30年度喀痰吸引等指導者講習事業　喀痰吸引指導者真マニュアル　第三号研修（特定の者対象）」2.研修用DVD「介護職員等によるたんの吸引等（特定の者対象）研修DVD※初めての受講される場合は、両方に〇を付けてください。※所属において、既に上記テキストを保有されている場合は、お持ちのものを使用して頂いても構いません。※同時に複数名の申し込みの場合でテキスト等が複数不要の場合は、1名分の申込書にのみ〇をつけてください。※なお、指導者マニュアルは下記のページからダウンロードすることも可能です。http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu\_07/houkatsu\_07\_5\_21.pdf |

**※ご記入いただきました内容は、本研修事業に関する手続きにのみ使用させていただきます。提出された文書については返却いたしませんのであらかじめご了承下さい。**

**※申込書の受付は令和８年３月２５日到着分迄になります。**

FAX又は郵送にて、下記まで送付して下さい。

（公財）介護労働安定センター奈良支部

電話：0742-35-2701　FAX：0742-35-2707

〒630-8115　奈良市大宮町４丁目266-1　三和大宮ビル２階